

## PRETRIAŻ W KIERUNKU COVID – 19, ANKIETA DLA ODWIEDZAJĄCEGO

Imię, nazwisko, PESEL.....

Adres zamieszkania

(dotyczy osób, które nie korzystały ze świadczeń medycznych w SP ZOZ we Włodawie w ciągu ostatnich 5 lat)

.....

1. Cel wizyty w szpitalu:

- hospitalizacja – skierowanie/zapis na przyjęcie planowe
- ze skierowaniem/do zapisu na zabiegi fizjoterapeutyczne;
- hospitalizacja – przyjęcie w trybie nagłym (np. kobieta do porodu)
- hospitalizacja w Oddziale Internistycznym – COVID-19 (skierowanie od lekarza POZ/NiŚOZ);
- pracownia diagnostyczna (TK, Endoskopia, USG, RTG);
- wizyta u lekarza POZ/NiŚOZ;
- inne .....

2. Czy w ciągu ostatnich 10 dni miał/a Pan/i bliski kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie COVID 19?

- TAK
- NIE

Jeśli tak, to kiedy (data ostatniego kontaktu) .....

2a. Czy chorował Pan/i na COVID-19?

- TAK, kiedy .....
- NIE

2b. Czy był Pan/i szczepiony/a przeciwko COVID-19?

- TAK, 1 dawka (kiedy?)....., 2 dawka (kiedy?).....
- NIE

3. Czy jest Pan/i objęty/a kwarantanną domową?

- TAK
- NIE

4. Czy w ciągu ostatnich 24 godzin występowały następujące objawy?

objaw	TAK	NIE	Jeśli tak to od kiedy
gorączka			
kaszel			
duszność			
utrata węchu o nagłym początku			
utrata lub zaburzenia smaku o nagłym początku			
inne, np. biegunka, ból gardła			

*Pacjent z ciężką dusznością kierowany jest bezpośrednio na SOR/IP.*

5. Temperatura ciała w dniu wizyty: .....

.....

(Data i podpis osoby zbierającej wywiad)

W przypadku chociaż jednej odpowiedzi TAK należy poinformować pacjenta o braku możliwości kontynuowania procesu przyjęcia chorego do szpitala oraz konieczności skontaktowania się z lekarzem POZ. Nie dotyczy to pacjentów przyjmowanych z zagrożeniem życia i zdrowia oraz kobiet do porodu.